

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC? CAS CLINIQUE

Pr Lamia BEN HASSINE,

Service de Médecine interne, 113

EPS Charles NICOLLE

Madame L, âgée de 76 ans, est hospitalisée pour des troubles de la vigilance apparus brutalement il y a 48 heures.

Les principaux antécédents de cette patiente comportent une hypertension artérielle connue depuis environ 15 ans, bien équilibrée sous nifédipine (40 mg/j), acébutolol (100 mg/j) et captopril (100 mg/j), une insuffisance rénale chronique (rattachée à l'HTA) sous furosémide (80 mg/j. La dernière clairance de la créatinine calculée selon la formule MORD un mois avant était à 22 ml/min/1,73 m²), une thyroïdectomie réalisée à l'âge de 26 ans (indication non précisée) compliquée d'une hypothyroïdie équilibrée sous opothérapie substitutive (50 µg de lévothyroxine/j), une hyperparathyroïdie secondaire à un adénome parathyroïdien gauche opéré il y a 2 mois, et une ostéoporose post-ménopausique traitée par alendronate (70 mg/semaine).

Cette patiente vit chez son fils depuis le décès de son mari il y a 10 ans. Elle était jusqu'à cet épisode parfaitement autonome, du moins pour les activités de la vie quotidienne (soins corporels, habillage, toilette, continence, déplacements et alimentation), et ne présentait, selon son médecin traitant et sa famille, aucun trouble cognitif notable.

L'interrogatoire de la famille a révélé que la patiente se plaignait depuis 3 jours d'asthénie et d'anorexie. Depuis 48 heures, des troubles fluctuants de la vigilance sont apparus: la patiente était tantôt agitée (ne reconnaissant plus ses proches et tenant des propos incompréhensibles), tantôt apathique avec des épisodes de

désorientation temporospatiale et des troubles du cours de la pensée. L'entourage est formel: aucun traumatisme ni d'introduction d'un nouveau médicament, ni d'erreur dans la prise de ses médicaments habituels n'a précédé cette symptomatologie.

L'examen physique de la patiente lors de son admission trouve une altération de l'état général, une tendance à la somnolence, une désorientation temporospatiale et des troubles mnésiques, rendant difficile voire impossible son interrogatoire. Le caractère fluctuant de cette symptomatologie a été confirmé au cours de l'hospitalisation.

La patiente est apyrétique. En dehors de l'altération des fonctions supérieures, l'examen neurologique de la patiente est normal, et ne note pas en particulier de signes de localisation. La pression artérielle est à 140/80 mmHg aux deux membres supérieurs. Le rythme cardiaque est régulier à 70 bpm. La mesure de la taille et du poids sont impossibles à réaliser mais il n'existe pas de signes cliniques de dénutrition ni de déshydratation. Le reste de l'examen physique, incluant un toucher rectal, est sans anomalies notables.

Les tests biologiques réalisés en urgence chez la patiente montrent : une glycémie à 5,8 mmol/L, une créatinémie à 244 μ mol/L, (clairance calculée selon la formule MORD à 18 ml/min/1,73 m²), une natrémie à 142 mmol/L, une kaliémie à 4,8 mmol/L, une albuminémie à 39 g/L, une hémoglobine à 13,5 g/dl, VGM à 93 μ 3, TCMH à 32 pg, des leucocytes à 6200 (formule normale), des plaquettes à 280 000, une CRP à 8mg/L, une calcémie à 1,39 mmol/L, une TSH normale à 1,542 μ UI/ml. L'électrocardiogramme est normal.

Comment interprétez-vous cette présentation clinique?

La rapidité d'installation du tableau clinique, fait de troubles du comportement et de la vigilance avec DTS, ainsi que son caractère fluctuant évoquent d'emblée une confusion mentale (CM) ou delirium. Cette dernière est un syndrome neuropsychiatrique habituellement transitoire, caractérisé par l'apparition d'un déclin aigu de la fonction cognitive (1). C'est une pathologie fréquente en milieu gériatrique, observée chez 14% des patients de plus de 85 ans (2). Le diagnostic de CM est purement clinique. Il est basé sur les critères du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (3).

Tableau 1 : Critères du DSM-IV pour le diagnostic de CM

Tableau 1 : Critères du DSM-IV pour le diagnostic de CM	
A. Perturbation de la conscience	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction d'une prise de conscience claire de l'environnement • Diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention
B. Modification du fonctionnement: - cognitif - perceptif	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de la mémoire • Désorientation • Perturbation du langage
C. Installation brutale de la perturbation et évolution fluctuante	<ul style="list-style-type: none"> • De quelques heures à quelques jours
D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'un ou plusieurs facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> • Affection médicale générale avec conséquences physiologiques directes, • Apparition des symptômes des critères A et B au moment de l'intoxication par une substance ou d'une utilisation de médicaments liés à la perturbation • Apparition des symptômes des critères A et B au moment d'un sevrage ou peu de temps après.

La présentation clinique des symptômes peut être très variée (1). Les signes de la confusion sont :

- une perturbation de la conscience de soi et de son environnement (le patient ne sait plus qui il est et ne reconnaît pas sa famille) ;

- un trouble de l'attention et de la concentration (le patient est facilement distrait par des stimuli extérieurs) ;

- des troubles cognitifs (troubles de la mémoire, en particulier des faits récents, désorientation temporospatiale, discours parfois décousu, voire incohérent) ;

- des troubles de la vigilance (obnubilation, perturbation du cycle normal veille/sommeil incluant l'inversion du rythme nyctéméral) ;

- des perturbations psycho-comportementales sont fréquentes et variées: une agitation motrice et verbale (déambulation, agressivité, désinhibition) peut alterner avec des épisodes de ralentissement des fonctions motrices et verbales avec apathie et stupeur.

L'évolution d'une confusion est caractérisée par une fluctuation des signes au cours de la journée. Elle se traduit par la succession de périodes de lucidité, habituellement diurnes, et de phases d'aggravation de la sémiologie à prédominance nocturne (classique recrudescence vespérale) (4).

La constatation d'une CM impose une enquête étiologique.

Quelle est votre démarche diagnostique? Comment interprétez-vous le bilan de cette patiente?

La recherche systématique d'une cause sous jacente constitue une étape primordiale dans la prise en charge et conditionne le traitement et le pronostic de cette pathologie. En effet, la CM est souvent multifactorielle, souvent favorisée par la conjonction de plusieurs facteurs prédisposant (facteurs de risque) et précipitant (causes). Ces causes sont résumées sur le tableau 2 (liste non exhaustive) (4,5). Parmi les facteurs de risque de CM, l'atteinte cognitive préalable reste la pierre angulaire du risque de survenue d'un syndrome confusionnel; en effet, une altération cognitive préalable ou l'existence d'un syndrome démentiel, rend la personne âgée plus susceptible de souffrir de delirium. En dehors de toutes ces circonstances, une cause médicamenteuse doit être toujours recherchée de premières intention. Les médicaments peuvent déclencher une confusion en cas d'intoxication aiguë (posologie excessive, interactions médicamenteuses, etc.) ou de sevrage brutal. Les classes thérapeutiques les plus souvent impliquées dans une confusion sont les psychotropes (benzodiazépines, anticholinergiques, etc.), les antalgiques et les antiparkinsoniens.

Tableau 2 : Causes de delirium (liste non exhaustive)

Facteurs prédisposant (Facteurs de risque)	Facteurs précipitant (Facteurs déclenchants)
<ul style="list-style-type: none"> • Age avancé • Sexe masculin • Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques même modérés • Dépression • Perte d'autonomie fonctionnelle • Déficit sensoriel (visuel ou auditif) • Déshydratation et dénutrition • Isolement social • Immobilisation • Comorbidités (Diabète, HTA, AVC, maladie coronarienne, etc.) • Polymédication 	<ul style="list-style-type: none"> • Infectieuses : Pneumopathie Infection urinaire Méningite, Encéphalite... • Cardiovasculaires : Infarctus du myocarde (IDM) Insuffisance cardiaque Trouble du rythme Trouble de la conduction Embolie pulmonaire • Neurologiques non infectieuses : Accident vasculaire cérébral Hématome sous-dural, Tumeur cérébrale • Métaboliques, endocriniennes : Hypoglycémies Hyperglycémies Dysnatrémie Dyscalcémie Hypoxie Insuffisance rénale aiguë Insuffisance hépatique Dysthyroïdies • Psychiatriques, psychologiques : Dépression, Deuil, Déménagement Hospitalisation • Autres : Post-chirurgie (anesthésie, immobilisation) douleurs aiguës, rétention aiguës d'urine fécalome Cancer (morphiniques, fin de vie anémie Fièvre isolée, déshydratation • Médicamenteuses, toxiques

La démarche diagnostique devant un syndrome confusionnel doit être rigoureuse et méthodique. Cette démarche est fondée sur une anamnèse et un examen physique complets. Les explorations complémentaires doivent être pratiquées en fonction des données cliniques (1,2,4,5).

Tableau 3 : Enquête étiologique devant une CM

Enquête étiologique de première intention

Anamnèse complète : antécédents médicaux, médicaments, état cognitif antérieur, traumatisme récent, deuil, déménagement ...

Examen clinique complet comprenant en particulier une évaluation des capacités d'orientation, d'attention et de mémorisation (MMSE dès que l'état du patient le permet) ainsi que la recherche d'un globe vésical, d'un fécalome, d'une cause de douleur.

Examens paracliniques de première intention :

- Ionogramme sanguin, urée, protides totaux, créatininémie avec calcul de la clairance de la créatinine, calcémie, glycémie capillaire,
- Numération formule sanguine, CRP,
- Saturation O₂,
- Bandelette urinaire
- ECG
- La tomодensitométrie (TDM) cérébrale ne doit pas être pratiquée de façon systématique. Elle est recommandée en cas de signes de localisation neurologiques, de suspicion d'hémorragie méningée ou de traumatisme crânien même mineur.

Chez notre patiente, l'interrogatoire de l'entourage a permis d'éliminer rapidement une cause médicamenteuse, ainsi qu'un trouble cognitif chronique, une dépression ou un facteur social déclenchant. L'examen physique a écarté l'existence d'une cause évidente telle qu'une rétention vésicale, un fécalome, une insuffisance cardiaque décompensée ou un syndrome infectieux. De même, l'absence de contexte traumatique et de signes de localisation rendait une cause neurologique peu probable. L'ECG a éliminé un IDM ou un trouble du rythme ou de la conduction.

L'analyse des résultats des examens biologiques réalisés chez

notre patiente notait une insuffisance rénale et une hypocalcémie (calcémie corrigée à). L'insuffisance rénale ne pouvait expliquer la CM en raison de la stabilité de la clairance. En revanche, l'hypocalcémie était une cause tout à fait plausible. Cette hypocalcémie était elle-même secondaire à la parathyroïdectomie et probablement aggravée par l'insuffisance rénale chronique et le traitement par bisphosphonates (qui n'a pas été associé à l'adjonction de calcium et de vitamine D).

Par ailleurs, cette patiente avait de nombreux facteurs qui augmentaient le risque d'apparition d'une CM : l'âge, la polyopathie et surtout la polymédication.

Quelles modalités thérapeutiques?

La prise en charge de la CM s'articule en deux axes: le traitement étiologique et un éventuel traitement symptomatique. Ce dernier n'est pas systématique; il n'est indiqué qu'en cas d'agitation rendant le malade dangereux pour lui-même ou pour son entourage. Il repose sur les neuroleptiques (exemple: haloperidol), de préférence en monothérapie, à doses faibles et pour une durée la plus courte possible (4). Les benzodiazépines à demie-vie courte et d'élimination rapide (exemple: lorazepam) sont utilisées en cas de manifestation anxieuses sévère, avec agitation sévère non améliorée par les neuroleptiques ou en cas de contre-indication de ces derniers (4).

Chez notre patiente, la CM s'est rapidement amendée (au bout de trois jours) avec la correction de l'hypocalcémie. Aucun médicament psychotrope n'a été nécessaire pour la prise en charge des symptômes de la CM.

CONCLUSION

La confusion mentale aiguë est un diagnostic clinique parfois difficile chez une personne âgée. Elle doit être systématiquement évoquée en cas de changement rapide du comportement habituel. Il s'agit d'une urgence qui nécessite un diagnostic étiologique rapide et une prise en charge médicale. Comme beaucoup de syndromes gériatriques, la CM est souvent d'origine multifactorielle. Ces patients doivent par ailleurs être suivis de façon prolongée car ils sont à risque de développer un état démentiel.

REFERENCES

1. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006;354:1157-1165.
2. Wass S, Webster PJ, Nair BR. Delirium in the elderly : a review. *Oman Medical Journal* 2008 ;23 :.
3. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
4. HAS. Recommandations mai 2009. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. www.has-sante.fr.
5. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly : a clinical review. *Postgrad Med J.* 2009;85:404-13.